

CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença RAIVA HUMANA		Código (CID10) A 8 2.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arranhão <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Contato Indireto		
	34 Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores		
	35 Ferimento 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado		
	36 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante		
	37 Data da Exposição	38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição	
Atendimento	39 Número de Doses Aplicadas	40 Data da Última Dose	
	41 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra	42 Animal Vacinado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Data da Internação	45 UF
	46 Município do Hospital	Código (IBGE)	47 Nome do Hospital
	48 Principais Sinais/ Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Disfaquia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro (s): _____		

Tratamento Atual

49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente 50 Data do Início do Tratamento
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

51 Número de Doses Aplicadas 52 Data da 1ª Dose da Vacina 53 Data da Última Dose da Vacina

54 Foi aplicado soro? 55 Se Sim, Data da Aplicação 56 Quantidade de Soro Aplicado
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s)
 1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado

Conclusão

58 Diagnóstico Laboratorial Imunofluorescência direta Prova biológica 59 Variante
 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
 Histológico Imunofluorescência indireta

60 Classificação Final 61 Critério de Confirmação / Descarte
 1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)

62 O caso é autóctone do município de residência? 63 UF 64 País
 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

65 Município Código (IBGE) 66 Distrito 67 Bairro

68 Zona
 1- Urbana 2- Rural 3-Periurbana 9- Ignorado

69 Doença Relacionada ao Trabalho 70 Data do Óbito 71 Data do Encerramento
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Informações Complementares

Investigador

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

Raiva Humana Sinan NET SVS 08/06/2006